Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Stoeckel.

Das Carcinom der Bartholinischen Drüse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Liselotte Lehmann
geb. Wiese

aus

Kolmar (Posen).

12. November 1934.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Geimrat Professor Dr. Gocht

Referent: Professor Dr. Frommolt

Korreferent: Geheimrat Professor Dr. Stoeckel

Inhaltsverzeichnis.

I. Seltenheit des Vorkommens . . . . . Seite 5

II. Bericht über den eigenen Fall . . . . . „ 6

III. Erörterungen der Autoren über die Frage, wann die Bartholinische Drüse als Ausgangspunkt des Carcinoms angesehen werden darf . . . . . „ 10

IV. Der normale histologische Bau der Bartholinischen Drüse und die Histogenese des Carcinoms der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 13

V. Die verschiedenen Formen der Carcinome der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 15

VI. Verkennung des Carcinoms mit anderen Affektionen der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 15

VII. Subjektive und objektive Symptome des Carcinoms der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 17

VIII. Größe und Ausdehnung der Carcinome der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 18

IX. Wachstumsdauer des Carcinoms der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 19

X. Das Alter der an Carcinomen der Bartholinischen Drüse erkrankten Frauen . . . . . „ 20

XI. Aetiologie des Carcinoms der Bartholinischen Drüse „ 21

XII. Therapie und Prognose beim Carcinom der Bartholinischen Drüse . . . . . „ 21

Das Carcinom
der
Bartholinischen Drüse.

I. Seltenheit des Vorkommens.

Von den Carcinomen, die an den weiblichen Genitalien beobachtet werden, zeichnet sich das Carcinom der Bartholinischen Drüse durch die Seltenheit seines Vorkommens aus.

In der gesamten Weltliteratur sind etwa 40 Fälle veröffentlicht worden, in denen es sich um ein Carcinom dieser Drüse handelt. Vielleicht muß die Anzahl der Fälle noch eingeschränkt werden, da einige von ihnen die einwandfreien Belege zur völligen Sicherheit der Diagnose vermissen lassen.

Um eine bessere Vorstellung von der Seltenheit des Vorkommens gegenüber den anderen weiblichen Genitalcarcinomen zu gewinnen, seien folgende Zahlen aus den Statistiken zweier Kliniken angeführt. Nach einer Statistik von Brady fanden sich am John-Hopkins-Hospital unter 29000 gynäkologischen Fällen 16 primäre Carcinome der Vulva, gegenüber 765 der Cervix. Davon waren 6 Carcinome der Clitoris, eins der Bartholinischen Drüse, 2 der Urethra, 5 der großen, 1 der kleinen Schamlippe, 1 der hinteren Kommissur.

Die Statistik der Universitäts-Frauenklinik in Berlin gelangt zu folgenden Zahlen. Die Klinik diagnostizierte im Jahre 1930:

44 Fälle von Carcinoma corporis,
233 Fälle von Carcinoma colli,
6 Fälle von Carcinoma vulvae.

Bei den Vulvacarcinomen handelte es sich:
einmal um ein Carcinoma urethrae,
viermal um ein Carcinoma vulvae und
einmal um ein Carcinoma glandulae Bartholini.

Trotz der Seltenheit ist die Kenntnis von dieser Erkrankung so außerordentlich wichtig, da ihre Prognose von einer frühzeitigen

Diagnose und therapeutischen Maßnahme im höchsten Grade abhängig ist. Die Malignität ist der der übrigen Vulvacarcinome durchaus gleichzusetzen. Weiter bietet auch das Carcinom der Bartholinischen Drüse in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht interessante Fragen, so daß eine nähere Betrachtung dieser Erkrankung lohnend ist.

II. Bericht über den eigenen Fall.

Zunächst soll kurz von dem eigenen Fall berichtet werden.

Die 56jährige, unverheiratete Haushälterin Dora Tiemann aus Hamburg wurde am 30. August 1930 von ihrem dort sie behandelnden Arzte der hiesigen Universitäts-Frauenklinik, Artilleriestraße 18, zur Aufnahme überwiesen. Der Arzt schickte sie unter dem Verdacht eines Carcinoms.

Anamnese:

Die Familienanamnese bietet nichts Besonderes.

1896 hat die Patientin eine Lues gehabt und ist mit Schmierkuren behandelt worden.

1900 hat eine Regenbogenhautentzündung bestanden.

1910 hat sich die Patientin einer Augenoperation (grüner Star) unterzogen.

Mit 14 Jahren war sie zum erstenmal menstruiert. Die Menses waren immer regelmäßig und ohne besondere Beschwerden.

Mit 48 Jahren Menopause.

Seit etwa 14 Tagen bemerkt die Patientin an der rechten großen Schamlippe einen Knoten von Bohnengröße, der nicht größer geworden ist. Schmerzen und Fluor bestehen nicht. Der Appetit ist gut. Die Patientin hat auch keine Gewichtsabnahme bemerkt.

Status praesens:

Herz und Lunge: o. B.

Genitalbefund: Das innere Genitale ist völlig o. B. Die Portio ist klein, der Muttermund grübchenförmig.

Am unteren Drittel der rechten großen Labie, genau der Lage der Bartholinischen Drüse entsprechend, fühlt man in der Tiefe einen kirschgroßen, derben Knoten, der oberflächlich sich nicht vorwölbt und von normaler Haut bezw. Schleimhaut überkleidet ist. Der Tumor ist nicht scharf umgrenzt, sondern strahlt gewissermaßen diffus in die Umgebung aus. Dem Knochen sitzt er sehr fest und unverschieblich auf.

Die Haut der großen Labie ist etwas blau-schwärzlich verfärbt. Der Introitus vaginae wird durch diesen Knoten etwas eingeengt.

Dieser kirschgroße Tumor fühlt sich ganz anders an, als man es sonst bei Cysten der Bartholinischen Drüse gewöhnt ist. Der ganze Palpationsbefund erweckt den Eindruck, als ob es sich um ein beginnendes infiltrierendes Wachstum und nicht um eine alte Entzündung handelt. Es besteht also der Verdacht auf ein Carcinom.

Zur Sicherstellung der Diagnose erfolgt am 1. September 1930 eine Probeexzision. Da sich der Tumor bis auf eine Stelle, wo er fest mit dem Schambein verwachsen ist, leicht ausschälen läßt, wird er gleich völlig herausgenommen. Die histologische Diagnose wird auf Carcinom der Bartholinischen Drüse gestellt.

Die Wunde heilt per primam intentionem. Von einer Radikaloperation mußte wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Patientin Abstand genommen werden, und deshalb wurde eine Strahlenbehandlung der Vulva in Verbindung mit einer operativen Entfernung der regionären Leistendrüsen vorgenommen.

10 Tage nach Ausschälung des Tumors Beginn der Radiumbestrahlung: Applikation eines Fernfilters auf die ganze Vulva, insgesamt 1656 mg/St.

Am 22. 9. findet sich an der Stelle der Exzision eine Verhärtung, die sich unter der Haut am rechten Schambeinbogen hinauf fortsetzt. Im ganzen nimmt die Verhärtung die unteren zwei Drittel der rechten Vulvaseite ein.

Die Inguinaldrüsen sind rechts etwas geschwollen, auf der linken Seite nicht palpabel.

Am 1. Oktober Operation: Ausräumung der Leistendrüsen und der Drüsen an den Oberschenkelgefäßen nach der von Stoeckel näher beschriebenen Technik. Außerdem wird das Fettgewebe in dem Leistenkanal beiderseits, sowie entlang der Femoralis-Iliaca externa herauf bis zum Peritoneum nach Durchtrennung des Poupartschen Bandes extirpiert. Nur wenig Fettnähte. Verschluß der Wunde mit Michelschen Klemmen.

Einlegen jederseits eines Gummidrains. Anschließend wird eine zweite Radiumbehandlung vorgenommen. Spickung der Gegend des Primärtumors mit 5 kleinen (à 2 mg R-E) und 3 langen Radiumnadeln (à 4 mg R-E), je im Abstand von 1 cm.

Die Wunden heilen gut, die Patientin fühlt sich wohl. Ende November Röntgenbestrahlung der Leistengegend beiderseits und der Vulva.

Am 5. Dezember 1930 wird die Patientin entlassen. Die Wunden in der Leistengegend sind vollständig verheilt, die Vulva ist völlig o. B.

Pathologisch-anatomische Untersuchung.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Tumors bietet sich folgendes Bild: Die oberste Schicht der Haut wird durch ein völlig unverändertes und unversehrtes Plattenepithel gebildet. Im Unterhautzellgewebe liegen zahlreiche Talgdrüsen.

Die Schleimhaut trägt gleichfalls unverändertes Plattenepithel. Ihr Pigment zeigt sich als schmaler braun-schwarz tingierter Saum.

In einiger Entfernung unter der Haut bezw. Schleimhaut ist im Bindegewebe zerstreut Plattenepithelcarcinom ausgebreitet. Das mäßig zell- und gefäßreiche Bindegewebe zeigt als typisches Zeichen für eine Entzündung an vielen Partien Rundzelleninfiltration.

Es liegen im Stroma zahlreiche, teilweise sehr ausgedehnte Nester und Zapfen von Plattenepithel, deren Zellkerne verschiedene Größe aufweisen. An einzelnen Stellen ist in den Krebsnestern und -zapfen deutlich konzentrische Schichtung mit Hornperlenbildung zu beobachten.

Neben diesen carcinomatösen Partien findet sich aber auch in noch reichlicher Menge normales, in seiner Struktur völlig unverändertes Drüsengewebe der Bartholinischen Drüse. So lassen die Acini und Drüsengänge unversehrtes Zylinderepithel erkennen. Das Epithel besteht stellenweise aus hohen Zylinderzellen mit hellem Zelleib und bläschenförmigem Kerne.

Einzelne der Drüsen sind zwar — wohl infolge des Druckes und der Entzündung — etwas atropisch und zusammengedrückt. Im Drüsenlumen liegt hin und wieder Schleim.

Die rechtsseitigen inguinalen Lymphknoten zeigen in reichlicher Menge Epithelzapfen. Die Lymphknoten der linken Seite sind unverändert.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung gestattet also einwandfrei die schon klinisch vermutete Diagnose auf Carcinom der Bartholinischen Drüse.

Fassen wir also noch einmal die Erscheinungen kurz zusammen, die für das Carcinom der Bartholinischen Drüse typisch sind und die der eigene Fall klar erkennen läßt.

Klinisch zunächst imponiert der Sitz des Tumors. Er befindet sich im unteren Drittel des Labium majus, dort, wo die Bartholinische Drüse liegt. Der Introitus vaginae ist durch das Wachstum

des Tumors etwas eingeengt worden. Die Haut bezw. Schleimhaut, die den Tumor überzieht, ist an keiner Stelle ulceriert.

Den einwandfreien Beweis für die Richtigkeit der Diagnose erbringt die mikroskopische Untersuchung des Tumorgewebes. Die völlig unveränderte Haut und Schleimhaut und die reichliche Menge normalen Drüsengewebes inmitten der Krebsnester und -zapfen gestatten, die Bartholinische Drüse als Ausgangsort des Carcinoms anzusehen.

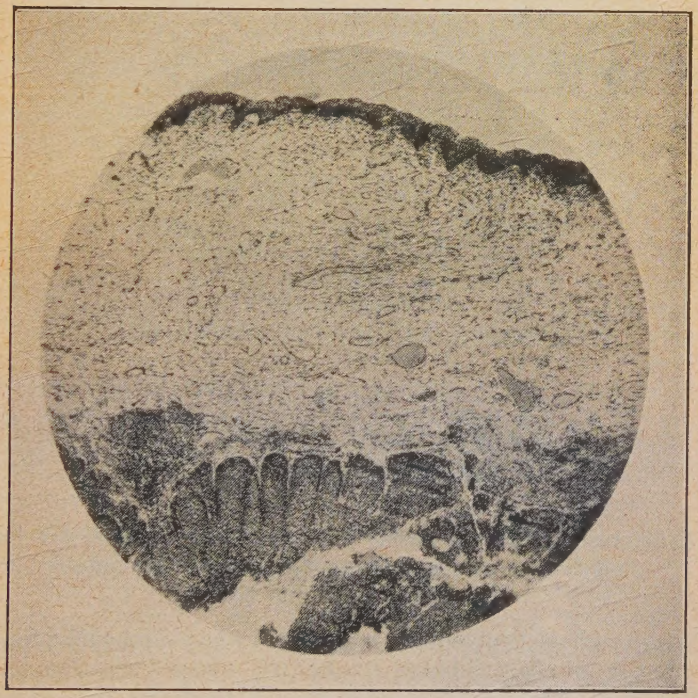

Fig. I.

Normales Oberflächenepithel, darunter lockeres Stroma mit zahlreichen erweiterten Kapillaren und in der Tiefe das carcinomatös veränderte Gewebe der Bartholinischen Drüse in Form von Plattenepithelzapfen. In der Umgebung Rundzelleninfiltrationsherde.

Fig. II.

Im Stroma ausgedehnte Nester und Zapfen von Plattenepithel mit deutlich konzentrischer Schichtung mit Hornperlenbildung.

III. Erörterungen der Autoren über die Frage, wann die Bartholinische Drüse als Ausgangspunkt des Carcinoms angesehen werden darf.

Wieviel klinischer Ueberlegungen und wie eingehenden Studiums der mikroskopischen Schnitte es bedarf, um festzustellen, ob die Bartholinische Drüse selbst oder ihre Umgebung der Ausgangspunkt eines an dieser Stelle gelegenen Krebses sei, erläutern die obigen Ausführungen wohl hinreichend. Und die in der Literatur bekannten Fälle beweisen gleichfalls die Unsicherheit und Schwierigkeit bei der Bestimmung des Ursprunges des Krebses. Die Literatur zeigt aber auch, welche Forderungen geltend gemacht werden müssen, um zu einer einigermaßen sicheren Diagnose und Bestimmung des Ausgangsortes des Krebses zu gelangen. Deshalb erscheint es wich-

tig, etwas näher auf diese Fragen und Probleme einzugehen. Zunächst zu den klinischen Forderungen! Es sind im großen und ganzen noch heute die gleichen, wie im Jahre 1897 James Henry Honan in seiner Dissertation: „Ueber die Carcinome der Glandulae Bartholini" aufstellte. Er führt fünf Gründe an, die sowohl in klinischer als auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht berechtigen, die Diagnose eines primären Carcinoms der Bartholinischen Drüse zu stellen. Die Bartholinische Drüse liegt in der Tiefe des Labium majus, und zwar im unteren Drittel. Sie wird vom Bulbus vestibuli und dem diesen aufliegenden M. bulbo-cavernosus umfaßt. Aus diesem Grunde muß der Tumor tief im Gewebe liegen. Weiter muß er, um die Bartholinische Drüse als Ausgangspunkt annehmen zu dürfen, an typischer Stelle, im unteren Drittel des Labium majus liegen. Das Wachstum muß der Tumor zum Introitus vaginae ausdehnen. Große Bedeutung legt Honan auch dem Lageverhältnis des Tumors zum Ausführungsgang der Drüse bei. Gelingt es, eine feine Sonde von der Mündungsstelle des Ausführungsganges bis direkt auf den Tumor in der Tiefe hindurchzuführen, so ist das auch als beweisendes Moment für den primären Ausgangspunkt des Carcinoms von der Bartholinischen Drüse her anzusehen.

Als weiteres wichtiges klinisches Argument betrachtet Honan die völlige Intaktheit der Haut bezw. Schleimhaut in der Umgebung des Tumors. „Ist doch die normale Drüse von dem äußerlich hervortretenden Wulst der großen Labie 2—3 cm entfernt," wie seine Begründung lautet. Wie schon gesagt wurde, haben Honans Forderungen sich ihre Gültigkeit bis heute bewahrt, und die in der Literatur bekannten Fälle und auch unser eigener Fall beweisen ihre Brauchbarkeit bei der Anwendung der klinischen Diagnosestellung. Nur die Forderung der Intaktheit der den Tumor umgebenden Haut ist in letzterer Zeit zu einer umstrittenen Frage geworden. Honans Ansicht schließt sich Fabricius an, der 1914 bei einer 45jährigen Frau ein Carcinom der Bartholinischen Drüse diagnostizieren konnte. Er steht gleichfalls auf dem Standpunkt, daß „nur dann das Carcinom als sicher von der Drüse ausgehend betrachtet werden kann, wenn noch keine Ulcerationen der Haut vorliegen". Sonst ist nach seiner Ueberzeugung eine genaue Bestimmung des Ausgangspunktes unmöglich. Bei der Demonstration eines Carcinoms der Bartholinischen Drüse auf der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Köln 1908 tritt auch Frank in voller Ueberzeugung für diese Forderung ein.

Abgelehnt dagegen wird sie von Wittkopf, der zwei Fälle von Carcinom der Bartholinischen Drüse beobachten konnte. „Es muß

gestattet sein, ein Carcinom, das sich an der Stelle, wo sonst Cysten und Abscesse der Bartholinischen Drüse gefunden werden, entwickelt hat, und dessen Wachstum sich vorwiegend in die Tiefe erstreckt, als Carcinom der Bartholinischen Drüse zu bezeichnen, auch wenn die Umgebung des Ausführungsganges bereits von dem Carcinom ergriffen worden ist."

Mackenrodt vertritt den gleichen Standpunkt. Es ist ja auch wohl erklärlich, daß ein Krebs in fortgeschrittenem Stadium natürlich nicht Halt macht, sondern auch die Umgebung der Drüse ergreifen wird.

Schneider weist darauf hin, daß die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Carcinom der Bartholinischen Drüse berechtigt sei, wenn die Palpation einen soliden Tumor der Bartholinischen Drüse ergibt. Die Erfahrung hat eben gelehrt, daß es sich dann fast ausnahmslos um ein Carcinom handelt.

Diese differentialdiagnostischen Schwierigkeiten und Erwägungen werden natürlich nur dann in Betracht kommen, wenn es sich um ein Plattenepithelcarcinom handelt. Bei Zylinderzellen- und Adenocarcinomen sind diese ganzen Erwägungen bedeutungslos, denn da sprechen ja die Tumorzellen eindeutig von dem Ursprungsort.

Freilich wird bei der Diagnose eines Tumors in der Gegend der Bartholinischen Drüse immer die pathologisch-anatomische Untersuchung des Tumorgewebes die entgültige Entscheidung fällen. Am beweisendsten erachtet Honan den Nachweis normalen Drüsengewebes inmitten des Carcinoms. Leider ist in der gesamten Literatur kein Fall bekannt, wo dieser Nachweis gebracht werden konnte. In allen Fällen war das Drüsengewebe schon immer in Carcinomgewebe aufgegangen. Nur beim Carcinom des Ausführungsganges gelang es Honan, in der Peripherie „noch erhaltene Reste des Parenchyms mit voll ausgeprägtem histologischem Charakter" nachzuweisen. Aus diesem Grunde erscheint es besonders wertvoll, daß es in unserem Falle gelungen ist, Drüsengewebe mit völlig unveränderter histlogischer Struktur nachzuweisen, wie oben näher berichtet worden ist. Ein weiterer sicherer Beweis, daß das Carcinom wirklich von der Drüse ausgegangen ist, wäre auch die Beobachtung des Ueberganges von normalem Drüsengewebe in Carcinomgewebe. Das setzt aber voraus, daß der Arzt sehr frühzeitig, noch bevor irgend welche Symptome da sind, die Erkrankung zu sehen bekommt. Das ist praktisch nie der Fall.

IV. Der normale histologische Bau der Bartholinischen Drüse und die Histogenese des Carcinoms der Bartholinischen Drüse.

Nach den obigen Ausführungen wird sich die Frage nach den Formen und der Histogenese des Carcinoms der Bartholinischen Drüse folgegemäß erheben. Bevor darauf näher eingegangen wird, sei eine kurze Schilderung der Epithelverhältnisse der Bartholinischen Drüse gegeben, da sie das Verständnis der verschiedenen Krebsformen erleichtern wird.

Die Bartholinische Drüse ist ihrem Bau nach eine alveolo-tubulöse Drüse (Stöhr). An die Alveolen schließt sich ein kurzes Schaltstück an, das dann in die Sammelkanälchen überführt. Die Sammelröhrchen vereinen sich dann schließlich zu einem gemeinsamen Ausführungsgang. Die Auskleidung der Endstücke der Alveolen besteht wechselnd aus hohem Zylinderepithel bis zu kubischen und platten Zellen. Die Schaltstücke und Sammelkanälchen sind von einschichtigem Zylinderepithel ausgekleidet. Das mehrreihige Zylinderepithel des Ausführungsganges, das nach außen zu in ein mehrschichtiges Zylinderepithel übergeht, weicht kurz vor der Mündungsstelle des Ganges einem mehrschichtigen Plattenepithel.

Demnach deutet ein typisches Adenocarcinom, wie es häufig an der Bartholinischen Drüse gefunden worden ist, auf den Drüsenkörper als Entstehungsboden hin.

Auf demselben Boden sind die Zylinderzellencarcinome entstanden.

Plattenepithelcarcinome lassen an eine Mündungsstelle des Ausführungsganges als Ursprungsort denken oder an eine etwas tiefer gelegene Stelle des Ductus, der ja schon kurz vor seiner Mündung eine Plattenepithelauskleidung erkennen läßt.

Der in der Literatur bekannte Fall von Sitzenfrey weist aber ein Plattenepithelcarcinom auf, das von einer tiefer gelegenen Stelle des Ductus, wo normalerweise Zylinderepithel zu erwarten ist, seinen Ausgang genommen hat. Das ursächliche Moment dieser Metaplasie sucht Sitzenfrey in der chronisch-gonorrhoischen Entzündung, die bei der 29jährigen Patientin bestanden hat. Auf diesem Boden hat sich dann das Plattenepithelcarcinom der Bartholinischen Drüse entwickelt.

Schweizer ist gleichfalls der Ansicht, daß ein Plattenepithelcarcinom des Ausführungsganges durchaus möglich ist, trotzdem dieser physiologisch mit Zylinderepithel und nur in seinem Endstück mit Plattenepithel ausgekleidet ist. Er beruft sich auf Toutons Befund, der den Ausführungsgang einer wegen Gonorrhoe exstirpierten Bartholinischen Drüse mit Plattenepithel ausgekleidet

fand. So nimmt auch Schweizer an, „daß sich dieselbe Metaplasie an gleicher Stelle und aus gleicher Ursache öfter vollzieht".

Wittkopf bekundet den gleichen Standpunkt und erwähnt, daß die pathologische Anatomie vollauf die Möglichkeit einer Umwandlung von Zylinderepithel in Plattenepithel unter dem Einfluß eines chronisch-entzündlichen Reizes anerkennt. Als Beweis führt er Borst an, der darüber folgendes aussagt: „Es scheint, daß derartige Metaplasien einen besonders günstigen Boden für Krebsentwicklung abgeben."

Die Lehre von der Metaplasie wird hier also immer wieder zur Erklärung eines Plattenepithelcarcinoms herangezogen, dessen Ortsfremdheit die genannten Autoren erstaunen und nach einer befriedigenden Erklärung suchen ließ.

Vielleicht mag sie auch befriedigend für den Fall von Sitzenfrey sein, in dem dem Carcinom eine chronische Bartholinitis gonorrhoica vorausgegangen ist und schon früher die Umwandlung von Zylinderepithel in Plattenepithel bewirkt hat.

Wie aber sollen die anderen in der Literatur bekannten Fälle von Plattenepithelcarcinomen und unser eigener Fall, der sich auch als deutliches Plattenepithelcarcinom erwies, gedeutet werden? Soll angenommen werden, daß es von der Mündungsstelle des Ganges ausgegangen ist? Damit würde die Histogenese dieser Plattenepithelcarcinome sehr eingeengt werden. Auch läßt sich mikroskopisch die Mündungsstelle des Ausführungsganges als Ursprungsort in vielen Fällen gar nicht mehr nachweisen. Falls wir diese Form der Erklärung ablehnen, bleibt kein anderer Ausweg, als auch die Lehre von der Metaplasie erklärungshalber heranzuziehen. Demnach müßte angenommen werden, daß sich die reifen Zylinderzellen in Plattenepithelzellen umgewandelt haben. Der Begriff der Metaplasie ist aber nach Robert Meyer gänzlich ungeklärt und unbewiesen. Und deshalb möchte ich für die Plattenepithelcarcinome der Bartholinischen Drüse dieselbe Erklärung heranziehen, die Robert Meyer für Plattenepithelcarcinome des Corpus uteri gibt. Er lehnt den Begriff der Metaplasie im landläufigen Sinne ab und lehrt, daß das ortsfremde Plattenepithel aus indifferenten Zellen entstanden ist. Diese Zellen haben ihre Lage im Epithelverband oder darunter. In ihnen steckt eine mehrfache Entwicklungsmöglichkeit. Sie können sich nach dieser oder jener Richtung hin differenzieren. Robert Meyer charakterisiert sie folgendermaßen: „Im allgemeinen gehorchen sie der Funktion des Ortes, unter abnormen Verhältnissen dagegen können sie ihre von Haus aus mehrfache Potenz zum Ausdruck bringen." Aehnliche Anschauungen sind auch von anderen Autoren bekannt geworden.

V. Die verschiedenen Formen der Carcinome der Bartholinischen Drüse.

Die Carcinome der Bartholinischen Drüse bieten ein sehr abwechslungsreiches pathologisch-anatomisches Bild. Wie schon erwähnt wurde, sind die Hauptformen, unter denen das Carcinom erscheint, das Adenocarcinom bezw. das Zylinderzellencarcinom und das Plattenepithelcarcinom. In den meisten in der Literatur veröffentlichten Fällen handelt es sich um Adenocarcinome. Auch sie variieren noch in verschiedenen Formen. Tobler beschreibt ein Adenocarcinom, das eine hochgradige Schleimproduktion und schleimige Degeneration zeigt. Latzko fand in seinem Fall ein medulläres Drüsencarcinom.

Von den mehrfach beschriebenen Plattenepithelcarcinomen zeichnen sich einige durch Hornperlenbildung aus.

Die histologische Untersuchung ergab im Fall Taussig eine Kombination beider Krebsformen: ein medulläres Plattenepithelcarcinom, das aber auch in einzelnen Partien drüsige Struktur erkennen ließ.

Weiter sind solide, zellreiche Carcinome zur Beobachtung gekommen, in denen die Zellnester und -stränge aus epitheloiden oder polymorphen Zellen bestanden.

Eine besonders eigenartige Struktur wies das Carcinom im Fall Frisch und Sinn auf. So fand Frisch eine Neubildung, die einem ziemlich derben Stroma aufsaß und kaum in die Tiefe griff. Dieses Neoplasma setzte sich größtenteils aus zottenartigen Gebilden zusammen. Die Geschwulstzellen erwiesen sich als mehrreihiges Zylinderepithel. An einzelnen Stellen dieser Neubildung zeigte sich deutliche carcinomatöse Entartung. Es handelte sich hier also um ein dem Zottenkrebs der Blase ähnliches Papillom, das an einzelnen Stellen carcinomatöser Natur war.

Im Fall Sinn zeigte sich als Besonderheit eine schwarz-braune Pigmenteinlagerung im Stroma. Aus diesem Grunde wurde die Diagnose Melanocarcinom gestellt.

Während in allen anderen Fällen das Carcinom durch eine reichliche Entwicklung der epithelialen Elemente und ein Zurücktreten des Stromas ausgezeichnet ist, bietet das von Geist beschriebene Carcinom der Bartholinischen Drüse in einzelnen Partien das Bild eines Scirrhus.

VI. Verkennung des Carcinoms mit anderen Affektionen der Bartholinischen Drüse.

Nicht immer imponiert wie in unserem Fall der Tumor durch seine feste und harte Konsistenz, sein infiltrierendes Wachstum, sein

Verwachsensein mit dem Schambein. Es sind vielmehr Fälle bekannt, in denen der Tumor sehr dem Bilde einer harmlosen Affektion der Bartholinischen Drüse glich und dadurch in seiner Malignität gänzlich verkannt und die richtige therapeutische Maßnahme verspätet getroffen wurde.

So berichtet Schaeffer von einer 73jährigen Patientin, die in der Gegend der Bartholinischen Drüse eine etwa kirschgroße Geschwulst mit zwei stecknadelkopfgroßen Oeffnungen hatte. Beim Betasten dieses Tumors entleerte sich Eiter. Trotzdem die Wandlungen des Tumors stark infiltriert waren, wurde er zunächst als Absceß behandelt. Das Infiltrat machte Schaeffer aber dann doch an der Richtigkeit seiner Diagnose irre, und so machte er die Probeexzision, die ein Zylinderzellencarcinom ergab.

Auch im Fall Fabricius wurde ein Carcinom mit einem Absceß verkannt.

Bei dem schon oben genannten Fall von Sitzenfrey wurde das Carcinom auch nicht sofort diagnostiziert, sondern eine konservative Gonorrhoe-Behandlung eingeleitet.

Wittkopf berichtet von einer 42jährigen Patientin, die seit drei Monaten die Entstehung eines Geschwürs am Labium majus beobachtet hatte und das der behandelnde Arzt luetischer Natur ansah.

Sehr spät wurde eine richtige Diagnose im Fall Schweizer gestellt. Hier wies die Patientin im rechten Labium majus eine taubeneigroße Induration auf, in die der etwas erweiterte Ausführungsgang der Bartholinischen Drüse sich etwa 1 cm weit verfolgen ließ. Es bestand keine Verwachsung mit dem Schambein, die Haut darüber war verschieblich. Die Diagnose lautete: Entzündung und Induration der Bartholinischen Drüse. Nach drei Jahren erschien die Patientin zum zweiten Mal. Jetzt war an derselben Stelle ein hühnereigroßer Tumor zu palpieren. Die Haut über dem Tumor war nicht mehr verschieblich, mit dem Schambein war er fest verwachsen. Dieser Befund erweckte den Verdacht einer malignen Neubildung, der durch die histologische Untersuchung des exstirpierten Tumors dann auch bestätigt wurde.

Es ist wichtig, diese anscheinend harmlosen Bilder zu kennen, unter denen das Carcinom der Bartholinischen Drüse ab und zu erscheint, um stets den Verdacht auf eine maligne Neubildung zu lenken. Darum sollte in allen solchen Fällen die Probeexzision und die pathologisch-anatomische Untersuchung vorgenommen werden. Besser ist es, vorsichtig und ängstlich zu sein, als leichtsinnig eine Diagnose zu stellen, die der Patientin das Leben kostet. Es ist hier wie mit den Carcinomen aller anderen Organe, deren immer noch

hohe Mortalitätsziffer auch nur durch die rege Wachsamkeit des Arztes eingeschränkt werden kann.

VII. Subjektive und objektive Symptome des Carcinoms der Bartholinischen Drüse.

In vielen Fällen wird die rechtzeitige Operation durch die Schuld der Patientinnen verzögert, indem sie zu spät den Arzt aufsuchen.

Gewöhnlich macht das Carcinom im Begriff des Entstehens keine Schmerzen, und auch seine Lage bedingt, daß es von den Patientinnen oft lange Zeit unbemerkt bleibt. Erst wenn es beim Coitus und beim Gehen als mechanisches Hindernis wirkt, werden die Frauen darauf aufmerksam. Vor allen Dingen aber ist es dann die Schmerzhaftigkeit, die sie zum Arzt führt. Sie ist in einigen Fällen als außerordentlich heftig angegeben worden: so in den Fällen von Sitzenfrey, Schaeffer, Latzko, Spencer.

Von „enormer Schmerzhaftigkeit" berichtet Mackenrodt. Diese außerordentlichen Schmerzen bestanden schon bei einem Tumor, dessen Entstehen die Patientin erst seit drei Monaten bemerkte.

Honan erwähnt die besondere Schmerzhaftigkeit des Carcinoms beim Coitus.

Die Schmerzen bleiben oft nicht nur auf den Tumor selbst beschränkt, sondern es entstehen „neuralgiforme Schmerzen in der Gesäßhälfte und im ganzen Bein", wie Tobler sie von einer Patientin mit Carcinom der Bartholinischen Drüse schildert.

Auch Geist berichtet, daß bei seiner Patientin, die seit einem halben Jahre etwa eine Anschwellung der rechten großen Labie beobachtete, heftig ausstrahlende Schmerzen in die Inguinalgegend, in das Becken und nach dem Schenkel hin bestanden haben.

Aber auch bei schon fortgeschrittener Größe des Tumors ist Schmerzhaftigkeit nicht immer vorhanden. Im Fall I von Wittkopf wurde die Patientin erst durch eine erhebliche Blutung aus einer Wunde am Labium majus nach einem Sturz auf der Straße auf einen apfelgroßen Tumor aufmerksam. Vorher hatte sie niemals etwas davon bemerkt. Auch im Fall II betont Wittkopf, daß die Frau niemals Schmerzen gehabt habe, obgleich das Carcinom schon Kastaniengröße angenommen hatte.

In unserem Fall bestanden gleichfalls keine Schmerzen; allerdings war hier das Carcinom erst zu Kirschgröße herangewachsen.

In vielen anderen Fällen ist über dieses Symptom überhaupt nichts ausgesagt, obwohl das Carcinom sich schon im fortgeschrittenen Stadium befand. Es ist also wohl anzunehmen, daß in einigen Fällen die Schmerzhaftigkeit lange Zeit ausbleiben kann und erst

durch das Umwuchern der Nerven von Carcinommassen ausgelöst wird.

Der Fluor ist gleichfalls keine beständige Begleiterscheinung des Carcinoms der Bartholinischen Drüse. In einigen der in der Literatur bekannten Fällen ist er als auffallendes Symptom bei diesen Carcinomen beschrieben worden: so bei der 77jährigen Patientin von Peham, die schon seit drei Jahren an einem starken Ausfluß aus dem Genitale litt.

Auch in dem von Frisch beschriebenen Fall bestand ein starker schleimiger Fluor längere Zeit, bevor die Patientin das Heranwachsen eines Tumors bemerkte. Der Ausfluß wurde in diesem Falle zeitweise übelriechend.

Auch Schaeffer und Honan heben in ihren Fällen das Vorhandensein eines starken Fluors hervor.

In vielen anderen Fällen dagegen, wie auch bei unserer Patientin, hat niemals ein Ausfluß bestanden. Es verhält sich mit dem Fluor ebenso wie mit der Schmerzhaftigkeit. Bei einigen Patientinnen stehen sie als alarmierendes Symptom im Vordergrund, bei anderen fehlen sie.

Wie bei allen anderen Carcinomen finden wir die Anaemie und Kachexie auch beim Carcinom der Bartholinischen Drüse.

VIII. Größe und Ausdehnung der Carcinome der Bartholinischen Drüse.

Die Größe der Carcinome der Bartholinischen Drüse findet man in der Literatur als orangegroß, apfelgroß, hühnereigroß, walnußgroß und kirschgroß beschrieben.

Nur im Fall Mackenrodt und Geist hatte das hier besonders schmerzhafte Carcinom in kurzer Zeit Faustgröße erreicht.

Im vorgeschrittenen Stadium greift der Tumor gewöhnlich auf die Umgebung über. Tobler berichtet von einem Carcinom der Bartholinischen Drüse, das von der großen Labie auf die kleine überging und von dort allseitig gegen Vagina, Urethra und Rectum vordrang. Die Urethra war an ihrer Mündung von den Tumormassen dicht durchwachsen.

Auch bei der Patientin von Falls mußte ein Teil der Urethra bei der Operation entfernt werden, da das Carcinom mit ihr schon teilweise fest verwachsen war.

Geist gibt in der Anamnese seiner Patientin an, daß heftige Beschwerden und starke Behinderung beim Urinieren und bei der Defäkation bestanden haben. Also hatte das Carcinom auch wohl

hier auf Urethra und Rectum übergegriffen. In solchen vorgeschrittenen Stadien fühlt man dann bei der Untersuchung natürlich auch das Beckenbindegewebe von Carcinommetastasen infiltriert. Die Leistendrüsen sind als derbe Höcker zu palpieren.

Tobler fand sogar eine zweimarkstückgroße Metastase in der Haut des Mons veneris.

Kehrer hebt hervor, daß das Carcinom der Bartholinischen Drüse erst im späteren Entwicklungsstadium eine Verwachsung mit der Haut und dem Schambein aufweist. Verfolgt man unter diesem Gesichtspunkte die Literatur, so trifft diese Angabe zu. Von unserem Fall dagegen muß hervorgehoben werden, daß der Tumor erst kirschgroß und doch schon fest mit dem Schambein an einer Stelle verwachsen war.

Eine Ulceration des Carcinoms, die die Bestimmung des Ausgangsortes oft schwierig gestalten kann, wie oben ausgeführt wurde, ist gar nicht so häufig beobachtet worden. Burghele beschreibt einen Fall, in dem das Carcinom stark ulceriert und mit zahlreichen Fisteln durchsetzt war, aus denen sich eine gelblich-weiße, eitrige Flüssigkeit entleerte. Weiter berichten Latzko, Tobler und Wittkopf über Ulcerationen der Carcinome der Bartholinischen Drüse. In den übrigen beschriebenen Fällen aber war die den Tumor deckende Haut bezw. Schleimhaut noch nicht in das Carcinomgewebe aufgegangen, sondern unversehrt erhalten.

IX. Wachstumsdauer des Carcinoms der Bartholinischen Drüse.

In welcher Zeit haben sich nun die Carcinome zu den oben geschilderten Formen und Größen entwickelt? Es ist zu beobachten, daß das Carcinom der Bartholinischen Drüse sich im allgemeinen langsam entwickelt. In der Mehrzahl der Fälle brauchte das Carcinom, um auf Apfelgröße heranzuwachsen, einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren.

Frisch beschreibt einen Fall, in dem das Carcinom der Bartholinischen Drüse im Verlauf von drei Jahren sogar nur Walnußgröße erreichte.

Eine erstaunlich lange Entwicklungsdauer zeigte das Carcinom im Fall Graham. 17 Jahre lang hatte bei der Patientin am linken Labium majus eine Schwellung bestanden, die nur langsam zur Orangengröße anwuchs. Vielleicht muß hier an eine chronische Entzündung gedacht werden, auf deren Boden sich dann das Carcinom entwickelt hat. Die Rezidive traten nach der Operation in kürzester Frist auf.

Im Fall Schweizer wurde innerhalb von drei Jahren aus einer taubeneigroßen Jnduration, deren krebsige Natur nicht erkannt wurde, ein hühnereigroßer Tumor.

In der Regel also ist mit einem langsamen Wachstum der Carcinome der Bartholinischen Drüse zu rechnen.

Daneben sind aber auch Fälle bekannt, in denen das Carcinom in kurzer Zeit eine erhebliche Größe annahm. Im Fall Schweizer wurde der Tumor innerhalb von 7 Monaten aprikosengroß.

Von Geist und Mackenrodt werden je ein Carcinom beschrieben, das in sechs und drei Monaten Faustgröße erreichte.

In unserem Fall zeigte das Carcinom dagegen auch eine langsamere Entwicklungsdauer. Der Tumor wurde von der Patientin erst bemerkt, als er etwa kirschgroß war. Bei der Aufnahme in die Klinik gibt sie an, daß er seit dieser Zeit (14 Tage) nicht merklich größer geworden sei.

X. Das Alter der an Carcinom der Bartholinischen Drüse erkrankten Frauen.

Der Ueberblick der beschriebenen Carcinomfälle zeigt, daß das 5. und 6. Jahrzehnt das häufigst betroffene Alter ist. Das Durchschnittsalter beträgt nach Frederik H. Falls 52,7 Jahre, nach Schneider 50 Jahre. Das Alter stimmt etwa mit dem überein, das Jaschke für das Vulvacarcinom angibt, nämlich das 4. und 5., besonders aber das 5. und 6. Jahrzehnt.

Es sind aber auch Fälle beobachtet worden, in denen die erkrankten Frauen viel älter waren. Im Fall Hunt war die Patientin 71 Jahre alt. Frisch fand ein walnußgroßes Carcinom bei einer 77jährigen Patientin. Gleichfalls bestand im Fall Peham bei einer 77jährigen Frau ein walnußgroßer krebsiger Tumor der Bartholinischen Drüse. Pape operierte sogar bei einer 91jährigen Patientin ein solches Carcinom.

Im Gegensatz dazu sind zwei Fälle zur Beobachtung gekommen, in denen das Alter der erkrankten Frauen weit unter dem angegebenen Durchschnittsalter lag. Im Fall Sinn handelt es sich um eine erst 28jährige Frau, die unter zunehmender Schwäche und Anaemie ad exitum kam, und bei der erst durch die Sektion ein hühnereigroßes Carcinom der Bartholinischen Drüse gefunden wurde. Auch Sitzenfrey diagnostizierte bei einer erst 29jährigen Patientin ein Plattenepithelcarcinom.

XI. Aetiologie des Carcinoms der Bartholinischen Drüse.

Die Aetiologie des Carcinoms der Bartholinischen Drüse ist wie bei allen anderen Carcinomen unbekannt. Als disponierendes Moment für die Entstehung eines Carcinoms werden von der pathologischen Anatomie chronisch-entzündliche Reize anerkannt. Sitzenfrey will aus der Bartholinitis gonorrhoica eine wichtige kausale Genese des Carcinoms ableiten. In ätiologischer Hinsicht bietet der Fall von Schlüter Interesse. Hier liegt eine doppelseitige Erkrankung der Bartholinischen Drüse an Carcinom neben einem gleichzeitigen Corpuscarcinom des Uterus vor. Schlüter ist der Ansicht, daß die Bartholinischen Drüsen durch Einwirkung des aus dem carcinomatösen Uterus stammenden Sekretes erkrankt seien. Die Ueberimpfung oder Implantation soll also ätiologisch in Frage kommen. Leider ist von Schlüter nicht einwandfrei nachgewiesen worden, daß es sich wirklich um Impfmetastasen in den Bartholinischen Drüsen handele. So hat Kehrer einige Berechtigung, einzuwenden, daß in Schlüters Fall „nur auf eine bilaterale Carcinomerkrankung des Introitus vaginae nach Corpuscarcinom des Uterus, nicht aber auf solche der großen Vorhofsdrüsen zu schließen sei".

Die Fragen nach der Aetiologie dieser Erkrankung sind bis jetzt also auch nur unbefriedigend und unzulänglich beantwortet worden.

XII. Therapie und Prognose beim Carcinom der Bartholinischen Drüse.

Die Prognose steht im engsten Abhängigkeitsverhältnis zu der Therapie. Das richtige therapeutische Handeln des Arztes ist die einzige Möglichkeit, die sonst schlechte Prognose der Carcinome der Bartholinischen Drüse erheblich günstiger und aussichtsreicher zu gestalten. Welches ist nun die richtige therapeutische Maßnahme? Man kann wählen zwischen der Operation, der Bestrahlung und der Kombination beider Verfahren.

Die Operation ist rechtzeitig und radikal auszuführen.

Die Literatur der Jahre von 1880 bis etwa 1907 zeichnet ein trübes Bild von Mißerfolgen bei der operativen Behandlung dieser Carcinome. Der Grund dafür ist in den zu unvollständigen und zu wenig ausgedehnten Operationen zu suchen. Der Tumor wurde einfach ausgeschält, oft noch nicht einmal weit genug im Gesunden. Die Heilungsaussichten des Carcinoms der Bartholinischen Drüse waren damit gleich Null. Es kam zu lokalen Rezidiven und oft zu gewaltigen Metastasen in den regionären Lymphknoten. Nur die Radikaloperation, die Stoeckel für das Vulvacarcinom im allgemeinen angegeben hat, kann einen Erfolg versprechen: Entfernung der ge-

samten Vulva im Zusammenhang mit den inguinalen und femoralen Drüsen.

Nach der Operation folgt eine Röntgennachbestrahlung.

Die Strahlentherapie bietet nur Heilungsaussichten, wenn sie intensiv ausgeführt wird und wenn außer der Bestrahlung des Primärtumors und seiner Umgebung auch die regionären Drüsen angegangen werden.

Im eigenen Fall wurde die Radikaloperation wegen des schlechten Allgemeinbefindens der Patientin abgelehnt und eine Kombinationstherapie ausgeführt: Radium- und Röntgenbestrahlung der Vulva und des Tumors, operative Entfernung der Drüsen.

Bei inoperablen Fällen bleibt nur die Röntgen- und Radiumbestrahlung übrig.

Trotz einer sorgfältigen Therapie ist auch beim Carcinom der Bartholinischen Drüse wie beim Vulvacarcinom allgemein die Prognose sehr zweifelhaft. Auch bei radikaler Operation kommt es oft und bald zu Rezidiven.

Der eigene Fall ist erst 1¾ Jahre beobachtet und bis jetzt rezidivfrei.

Literaturangabe.

1. Borst, **Die Lehre von den Geschwülsten.**
2. Blümke, **Ueber maligne Tumoren der Vulva.**
   Inaug. Dissert., Halle, 1891.
3. Brady, Leo, **A case of Carcinoma of the fourchette.**
   Hopkins Hosp. Bull 34. Nr. 394. Ref. Ber. Gynäk. 1924, Bd. 4. S. 132.
4. Burghele, N., **Tumorile maligne vulvare.**
   Ref. Zbl. Gynäk. 1903, Nr. 36.
5. Fabricius, J., **Ueber ein primäres Carcinom der Bartholinischen Drüse.**
   Zbl. Gynäk. 1914, 38. Jahrg.
6. Falls, F. H., **Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
   Trans. amer. gynec. Soc. 48 (1923), ref. Zbl. Gynäk. 1924, Nr. 38, S. 2102.
7. Frank, **Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
   Gynäk. Rdsch. 1910, IV. Jahrg. S. 57.
8. v. Frisch, O., **Ein Fall von Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
   Mnschr. Geburtsh. u. Gynäk. 1904, Bd. 19, 60.
9. Geist, **Ueber ein Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
   Inaug. Dissert., Halle 1887.
10. Graham, J. **M., Cancer of the Bartholin gland.**
    Edinb. med. journ. 1908, S. 149, ref. Zbl. Gynäk. 1909, Nr. 16, S. 579.
11. Honan, J. H., **Ueber die Carcinome der Glandulae Bartholini.**
    Inaug. Dissert., Berlin 1897.
12. Hunt, Verne C., and Lester D. Powell,
    Malignant disease of Bartholins gland.
    ref. Ber. Gynäk. u. Geburtsh. 1927, Bd. 11, S. 872.
13. Latzko, **Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
    Zbl. Gynäk. 1914, 38. Jahrg., S. 905.
14. Mackenrodt, **Carcinom der Glandula Bartholini.**
    Ztschrft. Geburtsh. u. Gynäk. 1893, Bd. 26, S. 186.
15. Martin, A., **Pathologie und Therapie bei Frauenkrankheiten.**
16. Meyer, Robert, **Die pathologische Anatomie der Gebärmutter.**
17. Nobl, **Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis.**
    Arch. Derm. 61, 1902.

18. Pape, **Karzinom der Bartholinischen Drüse von einer 91jährigen Frau.**
Dtsch. Mediz. Wchschr. 1907, 33. Jahrg., S. 1620.
19. Peham, **Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
Zbl. Gynäk. 1903, 27. Jahrg., S. 1506.
20. Robinson, A. Leyland, **Solide Tumoren der Vulva.**
Zbl. Gynäk. 1926, S. 3434.
21. Schaeffer, R., **Demonstration eines Falles von Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
Ztschr. Geburth. u. Gynäk. 1903, Bd. 50, S. 193.
22. Schlüter, **Ein Fall von doppelseitiger sekundärer Erkrankung der Bartholinischen Drüse an Karzinom.**
Zbl. Gynäk. 1908, S. 1610.
23. Schneider, Paul, **Das Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
Zbl. Gynäk. 1930, Bd. 2, S. 1986.
24. Schweizer, Fritz, **Carcinom der Bartholinischen Drüse.**
Arch. Gynäk. 1893, Bd. 44, S. 322.
25. Sinn, **Ein seltener Tumor der Vulva nebst Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Bartholinischen Drüse.**
Inaug. Dissert., Marburg 1880, zitiert nach Honan.
26. Sitzenfrey, Anton, **Hornkrebs des Gangsystems der Bartholinischen Drüse.**
Ztschr. Geburtsh. u. Gynäk. 1906, Bd. 58, S. 363.
27. Stoeckel, Walter, **Radikalbehandlung der Vulvakarzinome.**
Münch. med. Wochschr. 1910 u. 1912. Zbl. Gynäk. 1912
28. Stöhr, **Lehrbuch der Histologie.**
29. Tobler, Th., P., **Zur Lehre des Carcinoma cylindrocellulare gelatinosum vulvae, ausgehend von der Bartholinischen Drüse.**
Ztschr. Geburtsh. u. Gynäk. 1921, Bd. 83, S. 707.
30. Veit, Kehrer, Stoeckel, **Handbuch der Gynäkologie.**
Band V.
31. Wittkopf, Hermann, **Ueber das Karzinom der Bartholinischen Drüse.**
Zbl. Gynäk. 1915, 39. Jahrg., Nr. 22, S. 369.
32. Wolff, **Adenocacinoma glandulae Bartholini.**
Iber. Geburtsh. 1890.
33. Statistik der gynäk.-operat. Station über das Jahr 1930.
Universitäts-Frauenklinik (Direktor Geheimrat Professor Dr. Stoeckel.)

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Stoeckel für gütige Ueberlassung des Falles, Herrn Professor v. Mikulicz-Radecki für wertvolle Anregungen und Ratschläge, Herrn Professor R. Meyer für seine bereitwillige Unterstützung bei der Beurteilung der mikroskopischen Präparate ergebenst zu danken.

Lebenslauf.

Ich bin als Tochter des Mittelschullehrers Julius Wiese am 28. Juli 1907 in Kolmar i. Posen geboren. Von Ostern 1914 bis Ostern 1921 besuchte ich das Lyzeum in Landsberg (Warthe) und daran anschließend die realgymnasiale Studienanstalt, an der ich am 19. Februar 1927 die Reifeprüfung bestand. Nach 5-semestrigem medizinischem Studium an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin legte ich am 2. August 1929 die ärztliche Vorprüfung ab. In den beiden ersten klinischen Semestern studierte ich in Jena und Rostock, in den letzten 4 Semestern wieder in Berlin.

GENERAL-ANZEIGER, LANDSBERG (WARTHE).